

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

440

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Izak WACHS

Né le 20 Juin 1909, à RZESZOW (Pologne)

**Forme dysphagique
de la Syphilis nerveuse**

Président : M. CLAUDE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V°)

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Izak WACHS

Né le 20 Juin 1909, à RZESZOW (Pologne)

Forme dysphagique de la Syphilis nerveuse

Président : M. CLAUDE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

1935

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	PROUST
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
	MULON
Professeurs sans chaire	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri ..	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgi- cale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie patholo- gique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi- que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
PIEDELIEVRE ...	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLET-BERT .	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologi- que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZAMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
LIAN			
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma grande affection
et de ma profonde reconnaissance pour les
sacrifices que leur ont imposés mes études.

A MA SŒUR ET MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur H. CLAUDE,

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Professeur à la Clinique Psychiatrique à l'Hôpital Ste-Anne

Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de notre
thèse, hommage respectueux.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur A. SEZARY,

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital St-Louis*

Qui nous a inspiré et guidé dans ce travail,
qu'il veuille trouver ici l'expression de notre
vive gratitude et l'hommage de notre
profonde reconnaissance.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur PICOT

Chirurgien de l'Hôpital St-Louis à Paris

Pour son accueil bienveillant dans ses services de Chirurgie d'Enfants et d'Adultes où nous avons rempli les fonctions d'externe ; qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

ET DES FACULTES DE PARIS ET DE MONTPELLIER

I. INTRODUCTION

Le mot dysphagie provient du grec : dys difficilement et fageîn manger. On entendra donc par dysphagie toute gêne rendant difficile ou impossible le passage des aliments de la bouche jusqu'à l'estomac. Mais nous ne nous occuperons pas de toutes les causes mécaniques qui peuvent mettre un obstacle au libre passage des aliments dans l'estomac, telles que les corps étrangers : tumeurs, spasmes de l'œsophage, etc. Nous nous bornerons à décrire quelques cas de dysphagie nerveuse, c'est-à-dire dus à un trouble nerveux portant sur un des chaînons de cet arc réflexe dont le jeu normal est nécessaire à la déglutition, comme nous le démontrerons ultérieurement.

L'étiologie de ces troubles nerveux peut être aussi vaste que toute la pathologie nerveuse, la cause qui nous intéresse cependant, — cause assez spéciale — est la syphilis.

Nous ne parlerons pas de la dysphagie comme d'un des symptômes apparu parmi les autres au cours des lésions syphilitiques du système nerveux, parce que les cadres de ce travail ne nous le permettent pas. Dans les cas cités dans nos observations les troubles de la déglutition — même quand ils sont accompagnés d'autres troubles — sont les

principaux, car ce sont eux qui obligent le malade à consulter un médecin.

Ainsi donc, la forme dysphagique de la syphilis nerveuse — forme très rare, puisque nous n'en avons trouvé que quelques cas, observés ces dernières années, et dont la rareté est due probablement au fait qu'on ne savait pas dépister l'étiologie spécifique et nerveuse de cette lésion, fera l'objet de notre thèse.

II. PHYSIOLOGIE DE LA DEGLUTITION

L'acte de manger est très complexe, et constitué successivement par la préhension, la mastication et la déglutition. Mais les troubles des deux premières fonctions appartenant à un cadre pathologique tout autre, c'est aux troubles de la déglutition que nous appliquerons le terme de dysphagie. Voyons un peu comment se fait normalement la déglutition. Dechambre la divise en trois temps : 1) buccal ; 2) pharyngé et 3) œsophagien.

Le premier fait passer l'aliment de la bouche dans le pharynx. Le bol alimentaire mastiqué et insalivé se réunit en une masse unique sur le dos de la langue, puis il est pressé par la langue dont la pointe s'applique contre la voûte palatine. Il en résulte un plan incliné sur lequel le bol glisse jusqu'à la base de la langue. Cette partie du premier temps est soumise à l'influence de la volonté. Arrivé vers l'isthme du gosier, le contact de l'aliment avec ce dernier suffit à provoquer, par action réflexe, la contraction des muscles omo-hyoïdiens qui, agissant à la manière d'une sangle, appliquent avec plus d'énergie la base de la langue contre la voûte et déterminent le passage du bol. Cette deuxième partie du premier temps est donc soustraite à la volonté.

Dans le second temps pharyngien, le pharynx se soulève par sa portion inférieure mobile au devant du bol alimentaire. Les ventres postérieurs des muscles digastriques, les sus-hyoïdiens et les stylo-hyoïdiens interviennent dans ce moment d'élévation du pharynx à la rencontre du bol. La langue appliquée contre les piliers du voile du palais, empêche le retour des aliments dans la bouche. Le voile du palais, en s'élevant, touche par son bord postérieur la paroi postérieure du pharynx et empêche de cette façon les aliments de s'introduire dans les fosses nasales. L'épiglotte, en s'abaissant, ferme la route du côté des voies aériennes. Ce temps, dû au jeu compliqué de ces différents muscles, est un acte purement réflexe.

Le troisième, et dernier temps de la déglutition, caractérisé par le passage du bol alimentaire à travers l'œsophage jusque dans l'estomac se fait grâce aux mouvements peristaltiques, dont est doué l'œsophage. D'après Meltzer la progression régulière du peristaltisme de l'œsophage n'est pas exclusivement d'origine centrale. En admettant même la progression mécanique, le rôle du système nerveux central dans le peristaltisme par l'intermédiaire du pneumogastrique est indiscutable (exp. de Chauveau).

Dans l'ensemble, l'acte de déglutition peut être pris pour un acte réflexe qui a pour centre la moelle allongée. Les nerfs sensitifs de la base de la langue, du pharynx et de l'œsophage excités de proche en proche par la présence du bol, réagissent par voie réflexe à travers le système nerveux central sur les nerfs centrifuges moteurs qui vont à l'appareil musculaire.

OBSERVATIONS

PREMIERE OBSERVATION

(A. Sezary et Perrault)

Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris 1933

Jo... Hector, 53 ans, employé de commerce, célibataire, est admis le 20 septembre 1933, salle Rayer, pour une dysphagie très marquée ayant déterminée, par suite d'une inanition quasi complète, un amaigrissement très important.

Le sujet est un syphilitique avéré. Il a eu à l'âge de 17 ans, un chancre syphilitique du sillon balano-préputial, diagnostiqué à l'hôpital St-Louis. Par suite de son insouciance, il ne reçut qu'une seule piqûre du traitement qu'on lui avait prescrit. Cependant, il semble bien qu'il n'ait eu, depuis l'âge de 17 ans, jusqu'à ces derniers mois, aucun trouble qu'on puisse imputer à sa maladie.

Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, rien de particulier à noter. Dans ses antécédents personnels, signalons pour mémoire : une blennorragie en 1916, ayant déterminé des complications prostatiques sérieuses, et, d'autre part, de 18 à 42 ans, des crises d'épilepsie qui, après avoir résisté à tous les traitements habituels, cessèrent en 1922, à la suite d'une prostatectomie faite sous anesthésie

générale (la dernière crise s'est produite au cours même de l'anesthésie).

Cet homme allait donc parfaitement bien quand en juillet dernier, il eut, à plusieurs reprises, des vertiges et de la diplopie. Ces troubles se sont installés de façon insidieuse, à tel point que le malade est incapable de préciser la date de début, à une semaine près. Il alla consulter à l'Hôtel-Dieu, où un examen ophtalmoscopique ne montra rien de particulier, au dire du patient.

Au début d'août (soit six à sept semaines avant son entrée à l'hôpital), de façon également insidieuse et progressive, s'installa de la dysphagie. L'ingestion des solides d'abord devient difficile, puis impossible. Peu après, celle des liquides fut gênée. A ce moment, cet homme vint à la consultation spéciale de syphiligraphie de l'hôpital Laënnec, où l'un de nous lui fit pratiquer une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang, qui se montra positive, et lui conseilla d'entrer dans le service pour un examen plus approfondi.

A l'entrée, on se trouve en présence d'un homme manifestement très affaibli et très amaigri (il a perdu 12 kilos depuis six semaines). L'appétit est conservé mais il existe un trouble important de la déglutition. Toute alimentation solide est impossible et l'absorption même des liquides elle-même est considérablement gênée. Le malade est incapable de faire le mouvement de déglutition nécessaire. Les aliments n'ont jamais reflué par le nez, par contre, ils s'engagent facilement dans le larynx, ce qui provoque de violentes quintes de toux. Ce qui frappe immédiatement c'est que

la dysphagie est beaucoup moins marquée quand le patient est en décubitus dorsal que lorsqu'il est debout ou assis.

En position couchée, en effet, il arrive à absorber (quoique assez difficilement, du lait, sans aucune fausse route), tandis qu'en position assise, le moindre essai déclenche à coup sûr la suffocation : c'est que, sans doute, dans la première attitude, par suite de l'action de la pesanteur, le liquide descend le long de la paroi postérieure du pharynx. Il y a une salivation abondante. Mais il ne s'est jamais produit d'hématémèse.

La voix est nasonnée surtout en position assise ou debout, car la position couchée atténue aussi ce symptôme. Ce trouble est d'apparition récente, il date au plus de quelques jours.

A l'examen du malade, nous ne trouvons d'abord aucun signe clinique ou radiologique d'une lésion œsophagienne ou d'une compression extrinsèque (par anévrisme de l'aorte, par exemple).

Le compte rendu de la radioscopie de l'œsophage est le suivant : pas d'anomalies dans les portions thoracique et abdominale. Il y a des troubles de la déglutition surtout caractérisés par un arrêt de la substance opaque au niveau de l'hypopharynx et des fossettes glosso-épiglottiques. La gélobarine pénètre même dans le larynx et se répand aussi dans le naso-pharynx.

L'examen ophtalmologique donne les résultats suivants : la sensibilité cornéenne est normale. L'acuité visuelle, les champs, les fonds d'œil sont normaux. La mobilité des paupières est normale, bien qu'il y ait un léger ptosis gauche. Les pupilles, un peu irrégulières, ne réagis-

sent pas à la lumière, réagissent à la distance (signe d'Argyll Robertson). Mouvements volontaires ou automatico-reflexes limités dans toutes les directions sauf vers le haut. Convergence normale. Au verre rouge, diplogie croisée apparaissant seulement dans les deux regards latéraux extrêmes. En résumé : paralysie complexe de la musculature extrinsèque, d'origine nucléaire ou supranucléaire.

L'examen oto-rhino-laryngologique montre une paralysie bilatérale totale des constricteurs supérieurs du pharynx, une anesthésie de la paroi pharyngée postérieure et une hypoesthésie du voile dont la motricité est un peu diminuée (le voile se relève mal), langue normale. Pas de troubles du goût. Pas de paralysie des cordes vocales.

L'examen clinique révèle par ailleurs :

- 1° une parésie gauche du facial inférieur, atonie de l'hémiface gauche, effacement partiel du sillon naso-genien, paralysie incomplète du peaucier, impossibilité de souffler et de siffler. Intégrité, par contre du facial supérieur ;
- 2° une parésie avec atrophie assez marquée du sterno-cléido-mastoïdien (surtout du chef sterno-mastoïdien) et de la partie scapulaire du trapèze, à droite, c'est-à-dire du côté opposé à la parésie faciale.

Par ailleurs, la motilité et la sensibilité sont normales, les réflexes tendineux et cutanés sont normaux. Pas de signe de Babinski, pas de clonus, pas de trouble des sphincters. Comportement psychique normal. Pas de troubles cerebelleux.

Signalons enfin, que le soir, au moment où il va s'endormir, le malade souffre de crises dyspnéiques très

pénibles, l'obligeant à faire effort de ses muscles inspirateurs accessoires, alors que son jeu diaphragmatique est parfaitement normal.

En somme, en plus de troubles complexes de la cinétique oculaire, on trouve chez ce malade une parésie faciale gauche dissociée (VII° paire), une paralysie bilatérale des constricteurs supérieurs du pharynx (IX° paire), une anesthésie de la paroi pharyngée postérieure, une hypoesthésie et une parésie du voile, des crises dyspnéiques (X° paire), une parésie du sterno-mastoïdien et du trapèze droits (XI° paire), les autres nerfs craniens ne sont pas atteints. En particulier, pas de troubles du goût, de l'audition ; pas de paralysie linguale ; pas d'anesthésie de la face. ; pas de tachycardie.

Le liquide céphalo-rachidien est clair. Il contient quatre leucocytes par millimètre cube et 0 gr. 35 d'albumine par litre. Les réactions de Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal y sont négatives.

Par ailleurs, le cœur est normal ; la tension artérielle est de 16-8 (à l'appareil de Vaquez-Laubry). L'appareil respiratoire, le foie, la rate sont normaux. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine ; le sang contient 35 centigrammes d'urée. La température rectale est de 37°.

Evolution. — On décida de nourrir le malade à la sonde, et, d'autre part, de le soumettre à un traitement anti-syphilitique mixte-arseno-bismuthique, c'est-à-dire à la fois par le novarsenobenzol en injections intraveineuses aux doses progressives habituelles et par le bivatol (bismuth liposoluble) en injections intra-musculaires. Il reçut du

28 septembre au 23 octobre, d'abord trois injections de bivatol, puis des doses de 30, 45, 60, 75 centigrammes de novarsénobenzol, avec, les mêmes jours, une injection de bivatol. Le 23, au matin, il reçut une injection de bivatol seule.

L'amélioration fut assez rapide. Le malade commença par absorber plus facilement les liquides, puis il arriva à avaler des biscuits trempés. Du 8 au 19 octobre il reprit 1 kilogramme.

Cependant, il continuait de se plaindre de crises dyspnéiques, particulièrement marquées au moment du premier sommeil. Ces crises semblaient même plus pénibles et plus angoissantes qu'il y a un mois, ce qui contrastait avec l'amélioration survenue dans la fonction de déglutition.

Le 24 octobre il mourut subitement.

L'autopsie n'a malheureusement pu être pratiquée.

DEUXIEME OBSERVATION

M. Bacaloglu et Vasilescu

Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris 1933

Il s'agit d'un homme de 34 ans, agriculteur, qui est admis dans la clinique le 14 avril, parce qu'il ne peut plus rien avaler, ni aliments solides, ni même liquides. Son affection avait débutée brusquement une semaine auparavant. Il était en ville pour des affaires quand, sans autres troubles prémonitoires, il sentit de forts vertiges avec des bourdonnements d'oreilles accompagnés d'abondants vomis-

ements alimentaires. Tombé à terre il a été transporté à la maison dans un état d'obnubilation presque complète. Après 24 heures, il se réveille, marche difficilement et en essayant de boire de l'eau il constate qu'il ne réussit pas à avaler ; l'eau ne reflue pas par le nez. Pendant une semaine il ne peut ni manger ni boire ; tout effort pour avaler est inutile, il doit rejeter les aliments, autrement il est menacé d'étouffer. Il maigrit considérablement. Au bout de huit jours d'inanition complète il est ramené à la clinique, otorhino-laryngologique du professeur Matiamé où un examen complet (rhino-œsophago-laryngoscopique), ne décèle aucune affection locale pouvant expliquer ces troubles de la déglutition. Il est alors transféré dans notre clinique médicale.

Dans les antécédents personnels nous relevons des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, qui surviennent par accès et l'impuissance sexuelle. Marié, sa femme n'a pas eu d'enfants, ni de fausses couches ; il n'est pas alcoolique, et il ne se rappelle pas avoir eu de maladies vénériennes. C'est un malade de constitution longilique, asthénique, pâle, très maigre avec les téguments ridés ; exténué il se tient difficilement en position verticale. Il ne peut absolument rien déglutir.

A l'examen de la cavité bucco-pharyngée nous constatons : la langue est de volume et d'aspect normal, avec les mouvements conservés dans tous les sens, sans aucune fibrillation musculaire. Le voile du palais exécute les mouvements avec une ampleur et une rapidité normales. On n'observe pas de signe de rideau au niveau de la paroi postérieure du pharynx. Le réflexe pharyngien est complète-

ment aboli. La sensibilité tactile et douloureuse de la muqueuse buccale, du voile du palais et du pharynx est bien conservée (le malade sent que les aliments lui restent dans la gorge).

De même la sensibilité gustative en avant et en arrière du V lingual. Les mouvements du maxillaire inférieur sont suffisamment énergiques. Dans les essais que fait le malade pour dégluter les aliments solides, par exemple des morceaux de pain, il n'aboutit pas malgré des efforts répétés. En ce qui concerne les liquides, ils ne refluent pas par le nez ; s'il insiste, les liquides pénètrent dans le larynx et provoquent des crises violentes de toux et une forte dyspnée. Il en fut ainsi lorsqu'on a voulu lui faire avaler la pâte bismuthée pour un examen radioscopique de l'œsophage ; elle pénètre tout de suite dans le larynx d'où elle fut rejetée avec des grands efforts de toux. On renonça à cette exploration. Un nouvel examen rhino-laryngo-œsophagoscopique ne montre pas d'obstacle local. De plus, nous constatons que la soude de Feucher qu'on introduit pour l'alimenter glisse sans aucune difficulté. Il n'y a aucun obstacle ou spasme œsophagien.

Du côté de la face nous observons que la fente palpébrale gauche est plus petite que la droite et que l'œil gauche est plus enfoncé dans l'orbite (enophtalmie du côté gauche), les pupilles sont inégales (myosis du côté gauche). Il y a donc un syndrome de Claude Bernard Horner à gauche. Les pupilles réagissent à la lumière et à la distance, mais la pupille gauche, moins promptement que la droite. Les mouvements des globes oculaires sont exécutés correctement dans toutes les directions avec une amplitude nor-

male. Dans le regard vers l'extrême droite il y a un nystagmus horizontal évident. La sensibilité tactile, thermique et douloureuse de la moitié droite de la face n'est pas modifiée, mais au niveau de la moitié gauche les piqûres sont suivies après quelques minutes, d'une sensation pénible de douleur-brûlure. Les réflexes cornéens sont normaux.

L'ouïe est un peu faible (le malade nous dit qu'il a ce trouble depuis la guerre). En dehors du trouble profond de la déglutition, nous trouvons encore une bradycardie de type sinusal, à 34 par minute, avec une labilité évidente, car dans la position verticale, le rythme cardiaque part à 70 par minute pour reprendre immédiatement le rythme antérieur à 34, lorsque le malade est couché.

L'examen du larynx, fait à plusieurs reprises, montre que les cordes vocales se contractent normalement. Signalons encore une sialorrhée de presque 500 grammes par 24 heures. Aux membres supérieurs et inférieurs, nous ne trouvons rien de particulier au point de vue de la motilité active et passive. Il n'y a pas de myatrophie de la face ou des autres régions. Les réflexes ostéo-tendineux sont tous abolis. Les réflexes cutanés abdominaux et cremastériens sont conservés. Le réflexe cutané plantaire externe est indifférent des deux côtés. L'horripilation se produit égale des deux côtés. Température : dans l'aisselle gauche, on trouve 37°, dans l'aisselle droite 36° 1. La sensibilité tactile et la sensibilité profonde sont normales. La sensibilité thermique et douloureuse du côté gauche du corps est bonne ; mais du côté droit et respectant la face, nous trouvons une dissociation syringomyélique la douleur, tant à la piqûre que par d'autres manœuvres, est perçue beaucoup moins

nettement que du côté gauche. Quant à la sensibilité thermique, sur dix attouchements froids au chauds, un ou deux sont à peine correctement sentis.

Au point de vue des épreuves alexo-cérébelleuses, elles sont toutes négatives. Le malade se tient difficilement debout et tend à tomber à droite ou à gauche, la démarche est difficile, mais chez un inaptité de huit jours, à la suite d'un ictus, cette faiblesse est explicable. Rien à signaler du côté des autres organes. Le cœur à part, la bradycardie signalée ne présente rien d'anormal, aucun souffle. La tension artérielle avec l'appareil de Vaguez-Laubry : Max. 13, Min. 7. L'examen des urines excède des traces d'albumine, pas de glucose. La ponction lombaire nous a donné un liquide céphalo-rachidien clair, eau de roche, 50 lymphocytes, None-Appelt, Pandy, Positives. La réaction de Wassermann intensément positive. Le sang donne également une réaction de Wassermann fortement positive. »

En résumé. — Nous étions en présence d'un malade qui, à la suite d'un ictus à caractère bulbaire, a présenté comme symptôme majeur une impossibilité totale de la déglutition pour les solides et pour les liquides avec état d'inanition et de deshydratation consécutives (huit jours de jeûne). En même temps, un syndrome, Claude Bernard-Horner au côté gauche, dissociation syringomyélique du côté droit, abolition de tous les réflexes ostéo-tendineux et du réflexe pharyngien et une bradycardie à 34 par minute. Notons encore le nystagmus dans le regard à droite. L'examen du liquide céphalo-rachidien nous révèle l'existence de la syphilis. Nous avons soumis immédiatement le malade à un traitement antisiphilitique : injection intra-

veineuse de 1 centigr. de cyanure de mercure chaque jour. Dès le lendemain, les troubles de la déglutition sont considérablement améliorés. Le malade commence à avaler l'eau et le lait. Le réflexe pharyngien est revenu. La bradycardie, qui était à 34 passe à 59. Les jours suivants, les pâtes et le pain peuvent être avalés également. Les derniers jours, on lit sur sa figure l'expression des efforts nécessités par la déglutition, mais au bout de 6 à 7 jours, c'est la satisfaction et la surprise de pouvoir avaler comme tout le monde qu'exprime sa physionomie. Après huit injections de cyanure de hg., les troubles de la déglutition ont presque complètement disparus. Le rythme cardiaque est à 75. Le réflexe pharyngien se produit normalement. Les troubles de la sensibilité et le syndrome Claude Bernard Horner persistent. L'état général du malade est totalement changé. Il a gagné 6 kilos. Après vingt injections, la déglutition est parfaite, le rythme cardiaque est à 75-80 par minute, très peu accéléré lorsque le malade passe de la position horizontale à la verticale. La température s'uniformise dans les deux aisselles ($36^{\circ} 3$). La dissociation syringomyélique s'améliore de même : le malade sur dix attouchements chauds ou froids, en perçoit correctement 7,8. La même modification heureuse en ce qui concerne le syndrome Claude Bernard Horner est de beaucoup moins net. Le malade a gagné 13 kilos.

TROISIEME OBSERVATION

(Kreindler)

Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris 1934

C... (Nic.), âgé de 34 ans, présente brusquement le 3

janvier 1933, des troubles de déglutition, qui se sont aggravés progressivement les jours suivants, de sorte qu'après quatre jours de maladie il ne pouvait plus rien avaler. Puis les troubles se sont améliorés spontanément, mais il persistait une très grande gêne de la déglutition, qui était toujours suivie d'accès de toux très pénibles. Le laryngologue qui fut consulté à ce moment constate que le cathétérisme de l'œsophage était possible et nous envoya le malade pour un examen neurologique. Cet examen donna les résultats suivants : inégalité pupillaire (pupille droite + gauche) ; abolition du réflexe pupillaire à la lumière et conservation du réflexe à la convergence (signe d'Argyll-Robertson). Le réflexe cornéen est normal des deux côtés. Pas de paralysies de la musculature extrinsèque des globes oculaires. La sensibilité objective et subjective de la face est normale. Pas d'asymétrie faciale, pas de troubles de l'équilibre, pas de nystagmus, pas de signe de Romberg. Le réflexe velopalatin, de même que le réflexe pharyngien, sont abolis. La déglutition est très difficile : le bol s'arrête dans la gorge et le malade a une sensation de suffocation, qui est suivie d'un accès de toux très intense. Pas de signe de rideau. Hypoesthésie tactile et douloureuse à la base de la langue, plus accentuée à gauche. La sensibilité gustative de toute la surface de la langue est normale. Il existe de la tachycardie (pouls 26 à 100 par minute). Rien du côté de la XI^e et de la XII^e paire crânienne. Les mouvements volontaires des membres sont normaux. Aucun trouble du tonus musculo-squelettique. Les réflexes ostéo-tendineux sont tous un peu vifs à gauche. Quelques secousses classiques au pied gauche. Les réflexes cutanés abdominaux sont moins vifs à gauche.

Le réflexe crémastérien est aboli à gauche. Les réflexes plantaires se font en flexion de deux côtés. Dans l'épreuve talon-genou, il y a une légère hésitation à droite. Dans l'épreuve index-nez, il y a une légère hypermétrie à droite. Légère adiadococinésie au membre supérieur droit. Pas de troubles de la sensibilité superficielle, ni profonde. Pas de troubles vaso-moteurs ou sphinctériens. Une réaction de Wassermann faite dans le sang donne un résultat positif. La ponction lombaire montre : None, Apelt et Pandry positifs. 5 lymphocytes par millimètre cube, Bordet-Wassermann positif, benjoin colloïdal positif. Le malade est soumis à un traitement par l'arsaminal et le quinby. Il est arsaminol, complètement guéri après avoir fait neuf piqûres du premier et douze du second.

IV. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Pour éclairer d'une façon pratique le diagnostic, nous allons le diviser en deux parties : dysphagie mécanique et nerveuse. Dans chacune de ces parties nous distinguerons les cas, où la syphilis du malade nous est connue ou non, soit par l'anamnèse, soit par les réactions sérologiques.

I. Dysphagie mécanique

Quand il s'agit des malades présentant des troubles dysphagiques dont la spécificité ne nous est pas connue, il faut penser en s'aidant de l'interrogatoire à une sténose congénitale de l'œsophage, à un diverticule, à une brûlure par un caustique, à une angine, abcès rétropharyngien ou à un corps étranger. Pour ces derniers on se trompe souvent croyant que seulement les corps étrangers d'assez grand volume pourraient être la cause de dysphagie ; or, les récentes recherches ont démontré, que les petits corps (tels qu'un petit bout d'émail), en produisant une fissure de la muqueuse œsophagienne déclenchent un spasme qui empêche les aliments de passer. Ce spasme, qui, en dehors de la cause mentionnée ci-dessus peut apparaître dans le tétanos, chorée ou épilepsie, est caractérisé par son apparition brusque et son intermittence. D'après certains auteurs il est calmé par l'atropine ou le traitement respectif de la maladie causale.

En passant en vitesse par toutes les lésions de voisinage telles que le goître ou les tumeurs, capables de comprimer l'œsophage ou être le point de départ d'un spasme, nous nous arrêterons un peu plus longtemps pour une lésion assez fréquente et plus difficile à diagnostiquer le cancer de l'œsophage. Pour faire le diagnostic on se basera sur l'âge du malade, son état général, et surtout sur le caractère de la dysphagie.

Les troubles de la déglutition ne surviennent pas brusquement, mais augmentent progressivement avec le rétrécissement de la lumière œsophagienne par la tumeur cancéreuse. Quelquefois, un spasme surajouté peut détourner complètement le diagnostic. En s'aidant de la sonde, dont l'usage demande des grandes précautions et de la radiographie qui montre, en général, une image irrégulière assez caractéristique, ce n'est qu'avec l'œsophagoscopie suivie de la biopsie, de la tumeur qu'on fera le diagnostic sûr du cancer.

La première affection qu'on doit soupçonner comme causale, chez un sujet présentant des troubles de déglutition et chez qui la notion de syphilis est connue, est l'anévrysme de l'aorte. Ce diagnostic est encore assez facile, si à côté de dysphagie l'anévrysme s'accompagne des symptômes le caractérisant. Dans le cas rapporté par Cenini, l'origine de la dysphagie chez un paludéen et syphilitique a été trouvée grâce à la radiographie après repas baryté, qui révéla une compression de l'œsophage avec dilatation uniforme de l'aorte. L'autopsie pratiquée démontra un anévrysme disséquant de l'aorte ayant réduit les parois de

l'œsophage à la seule muqueuse. Pourtant, il n'y avait aucun signe caractérisant l'anévrysme : souffle, cyanose, dyspnée, œdème, paralysie du recurrent, Oliver Cardarelli.

En dehors de l'ectasie aortique il y a des autres maladies assez souvent mal diagnostiquées où la dysphagie peut être le seul signe fonctionnel : la médiastinite syphilitique (thèse de Blankstein) et gomme syphilitique de l'œsophage. Nous ne reviendrons pas sur tous les moyens pour les dépister, donnant la valeur primordiale à la radiographie et l'œsophagoscopie.

II. Dysphagie nerveuse :

Toutes les causes locales ayant été éliminées nous arrivons à la deuxième partie de notre diagnostic différentiel, dysphagie d'origine nerveuse. Comme nous l'avons déjà dans la physiologie de la déglutition démontré, toutes les lésions nerveuses rompant l'arc réflexe peuvent entrer en jeu.

Lorsque la spécificité du sujet est exclue, toutes les tumeurs du bulbe ou celles qui compriment le centre de déglutition peuvent donner le symptôme de dysphagie, mais, chose importante, elles se caractérisent par leurs signes respectifs, telles que : hypertension crânienne, céphalée, stase papillaire, examen du liquide céphalo-rachidien, etc.

Une autre maladie pouvant coexister avec la syphilis du système nerveux connue dans une de nos observations prête souvent à confusion, c'est la syringobulbie. Mais la syringobulbie survenant, en général, chez un malade atteint antérieurement de syringomyélie se caractérise aussi par son signe pathognomonique la dissociation syringomyélique.

V. DIAGNOSTIC POSITIF

Dans notre chapitre précédent, nous avons montré que le diagnostic de la forme dysphagique de la syphilis nerveuse pourrait être posé, à la rigueur, par élimination des autres lésions. Mais n'y aurait-il pas des signes spéciaux caractérisant cette forme en dehors du cathétérisme, radiographie et œsophagoscopie dont nous avons déjà parlé ?

Cette dysphagie étant d'origine nerveuse ce sont donc les troubles de sensibilité et de motricité du glosso-pharyngien et du pneumogastrique que nous recherchons :

- 1) troubles de la sensibilité gustative de la base de la langue ;
- 2) troubles du réflexe pharyngien et velo-palatin ;
- 3) signe de rideau, qui est presque le test clinique de la paralysie des constricteurs du pharynx ;
- 4) examen du pouls, c'est la bradycardie ou la tachycardie, le pneumogastrique possédant, d'après les données récentes des fibres accélérant et ralentissant à la fois ;
- 5) troubles de la salivation.

Comme nous le montrons dans le chapitre Pathogénie les lésions du système nerveux sont parcellaires, d'où la rareté de trouver tous ces signes au complet.

Mais il y a encore une chose sur laquelle nous vou-

drions attirer l'attention, c'est le caractère même de cette dysphagie. Les troubles de la déglutition d'origine mécanique portent aussi bien sur les aliments liquides que solides ; dans la dysphagie d'origine nerveuse la gêne pour avaler les aliments solides est beaucoup plus grande que pour les liquides, ces derniers pouvant descendre sous l'action de la pesanteur. Il faut faire ici une exception à la paralysie du voile du palais qui détermine une difficulté plus marquée pour les liquides. Un autre caractère spécial de la dysphagie d'origine nerveuse c'est que les particules alimentaires n'étant plus dirigées à cause de la paralysie, s'égarent dans le larynx, en déclenchant les accès de toux que nous avons remarqués dans nos observations.

Pour s'assurer de l'origine syphilitique de ces lésions, nous nous adresserons aux :

- 1) antécédents du malade (notion d'un chancre ou leucoplasie) ;
 - 2) présence d'autre signe de syphilis : Romberg, Argyll-Robertson, inégalité pupillaire, etc. ;
 - 3) examens sérologiques ;
 - 4) examens biologiques du liquide céphalo-rachidien.
-

VI. PATHOGENIE

Pour expliquer qu'une lésion syphilitique du système nerveux puisse atteindre un centre sans toucher aux autres malgré leur proximité, il faut admettre que cette lésion est assez petite et présente une certaine préférence de se localiser là et pas ailleurs. Quelles sont ces lésions dont le caractère principal est d'être parcellaires ? Les autopsies n'ayant pas été pratiquées dans aucun des cas rapportés dans nos observations, nous ne pourrons répondre à cette question que par des hypothèses.

D'après M. Sezary il s'agit plutôt d'une artérite à foyers multiples, atteignant un certain nombre de petites branches terminales des artères bulbo-protubérantielles et produisant des foyers d'hémorragie, ce qui explique la multiplicité et le caractère parcellaire des troubles nerveux observés.

Semerling, dans l'étude sur la syphilis du système nerveux central, a trouvé que dans tous les cas de paralysie, hémiplegie, etc., cités par lui, les coupes faites sur le cerveau ont montré des lésions vasculaires prononcées.

Pour MM. Bacaloglu et Vasilescu il se produit dans les régions atteintes par cette artérite des phénomènes de défi-

cit ou d'excitation. L'action heureuse et rapide du traitement donne raison à cette hypothèse.

On voit donc, que c'est la distribution vasculaire avec toutes ses variations individuelles qui commandera la symptomatologie. De là la rareté du syndrome de dysphagie pure, la dysphagie s'accompagnant le plus souvent d'autres troubles nerveux.

VII. TRAITEMENT

La syphilis étant indiscutablement la cause de ces troubles nous avons vu quelle action rapide avait le traitement antisypilitique dans les cas présentés. Sur les trois cas observés nous remarquons deux guérisons complètes et une amélioration rapide de ladysphagie, le malade étant mort ultérieurement d'un accès de dyspnée que l'on pourrait expliquer par des lésions du noyau du pneumogastrique trop profondes ou trop anciennes pour pouvoir être influencées par le traitement.

Les effets du traitement sont aussi bons avec des injections de Novarsenobenzol, bivatol, cyanure de Hg., arsaminol et quimby.

Il va de soi, que pendant toute la durée du traitement on nourrit le malade avec une sonde pour lutter contre l'inanition.

CONCLUSIONS

- 1) Il existe une forme de la syphilis nerveuse caractérisée essentiellement par des troubles dysphagiques.
- 2) Les lésions causales portent sur les origines du glosso-pharyngien et du pneumogastrique. Elles consistent vraisemblablement en un processus d'artérite à foyers multiples.
- 3) L'application immédiate d'un traitement antisypilitique intensif peut, selon la gravité des lésions, soit guérir complètement le malade, soit améliorer le symptôme dysphagie.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

IX. BIBLIOGRAPHIE

- AUERSPERG. — Deglutition reflex and its principal hypothese. Arch. f. d. Ges. Physiol. 1933.
- BACALOGLU et N. C. VASILESCO. — Syndrome retro-olivaire avec grands troubles de déglutition chez un syphilitique. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 6 novembre 1933.
- BLANKSTEIN. — Syndrome œsophagien par médiastinite, Thèse de Paris 1919-1920.
- CENINI. — Disfagia e lue. Iaretta degli esp., 7 juillet 1929.
- CHAUVEAU. — Pneumogastrique, agent excitateur et coordinateur des contractions œsophagiennes dans l'acte de déglutition. Journal de Physiologie 1862.
- DECHAMBRE. — Dysphagie. Dictionnaire des sciences médicales.
- DEJERINE. — Semeiologie du système nerveux.
- EVANS. — Notes on nervous dysphagia, with special reference to its cause. Practitioner 1930.
- FEVAL. — Disparition de la dysphagie après gastrotomie. Thèse de Paris 1900-1901.
- HELD. — Cardiospasme. The Journal of American medical association 1916.
- HEUBNER. — Die luetische Erkrankung der Hirnarterien Leipzig 1874.

- JONESCO-SISESTI. — La Syringobulbie 1932.
- KELLY. — Significance of dysphagia of nervous origine.
Clin. J. 1932.
- KREINDLER. — La forme dysphagique de la syphilis du
tronc encephalique. Bull. et Mem. de Soc. Méd. Hôp.
Paris, 30 avril 1934.
- LOTHEISSEN. — Welche sind die Hauptursachen für
Schlingbeschwerden. Wien. Klin.
Wochenschrift 1932.
- MELTZER. — On the causes of the orderly progress of the
peristaltic movements in the œsophagus. Americ.
Journal Physiology 1899.
- NEBELTHON. — Uber Syphilis des Centralnervensystems
mit centraler Gliose u. Höhlenbildung im Rückenma-
ker Deutsche Zeitschr. f. Nervenheil.
- SEZARY et PERRAULT. — Forme dysphagique de la
syphilis bulbo-protuberautielle. Bull. et Mem. Soc. Méd.
Hôp. Paris 1933.
- SIEMERLING. — Zur Syphilis des Centralnervensystems.
Arch. f. Psychiatrie und Nerveukrank 1891.
- VERNET. — Paralyse du glosso-pharyngien, Paris Médi-
cal 1916.
- VERNET. — Paralyse du pneumogastrique, Paris Médical
1917.
- WEIL. — Zur Differentialdiagnose und Therapie von
Schluckstörungen. Wien. Med
Wochenschrift 1932.
- WYLIE. — A clinical lecture on Dysphagia. Medical Press
and Circular 1911.

TABLE DES MATIERES

Dédicaces	5
Introduction	9
Physiologie de la Déglutition	11
Observations	13
Deuxième observation	18
Troisième observation	23
Diagnostic différentiel	26
Diagnostic positif	29
Pathogénie	31
Traitement	32
Conclusions	33

